

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1896

THÈSE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

*Présentée et soutenue le Mercredi 15 Juillet 1896, à 1 heure*

Par GEORGES MILLET

Né à Paris, le 14 juillet 1868.

Ancien externe des hôpitaux.

Médaille de bronze de l'Assistance publique.

**DU PIED PLAT VALGUS DOULOUREUX**  
**D'ORIGINE BLENNORRHAGIQUE**

*Président :* M. FOURNIER, professeur.

*Professeur :* M. POTAIN.

*Agrégés :* MM. } NETTER.  
                              } DELBET.

*Le candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.*

PARIS

IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE  
HENRI JOUVE

15, Rue Racine, 15

1896

436



FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

436

Année 1896

THÈSE

No

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

*Présentée et soutenue le Mercredi 15 Juillet 1896, à 1 heure*

Par GEORGES MILLET

Né à Paris, le 14 juillet 1868.

Ancien externe des hôpitaux.

Médaille de bronze de l'Assistance publique.

**DU PIED PLAT VALGUS DOULOUREUX**  
**D'ORIGINE BLENNORRHAGIQUE**

*Président : M. FOURNIER, professeur.*

*Professeur : M. POTAIN.*

*Agrégés : MM. {*  
*NETTER.*  
*DELLET.*

*Le candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.*

PARIS

IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE  
**HENRI JOUVE**

15, Rue Racine, 15

1896

# FACULTE DE MEDECINE DE PARIS

|                                                                    |    |                |
|--------------------------------------------------------------------|----|----------------|
| Doyen.....                                                         | M. | BROUARDEL.     |
| Professeurs.....                                                   |    | MM.            |
| Anatomie.....                                                      |    | FARABEUF.      |
| Physiologie.....                                                   |    | CH. RICHET.    |
| Physique médicale.....                                             |    | GARIEL.        |
| Chimie organique et chimie minérale.....                           |    | GAUTIER.       |
| Histoire naturelle médicale.....                                   |    | N....          |
| Pathologie et thérapeutique générales.....                         |    | BOUCHARD.      |
| Pathologie médicale.....                                           |    | DIEULAFOY.     |
|                                                                    |    | DEBOVE.        |
| Pathologie chirurgicale.....                                       |    | LANNELONGUE.   |
| Anatomie pathologique.....                                         |    | CORNIL.        |
| Histologie.....                                                    |    | MATHIAS DUVAL. |
| Opérations et appareils.....                                       |    | TERRIER.       |
| Pharmacologie.....                                                 |    | POUCHET.       |
| Thérapeutique et matière médicale.....                             |    | LANDOUZY.      |
| Hygiène.....                                                       |    | PROUST.        |
| Médecine légale.....                                               |    | BROUARDEL.     |
| Histoire de la médecine et de la chirurgie.....                    |    | LABOULBÈNE.    |
| Pathologie expérimentale et comparée.....                          |    | STRAUS.        |
|                                                                    |    | SÉE (G.)       |
| Clinique médicale.....                                             |    | POTAIN.        |
|                                                                    |    | JACCOUD.       |
|                                                                    |    | HAYEM.         |
|                                                                    |    | GRANCHER.      |
| Maladies des enfants.....                                          |    | JOFFROY.       |
| Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale..... |    | FOURNIER.      |
| Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.....               |    | RAYMOND.       |
| Clinique des maladies du système nerveux.....                      |    | DUPLAY.        |
| Clinique chirurgicale.....                                         |    | LE DENTU.      |
|                                                                    |    | TILLAUX.       |
|                                                                    |    | BERGER.        |
| Clinique des maladies des voies urinaires.....                     |    | GUYON.         |
| Clinique ophthalmologique.....                                     |    | PANAS.         |
| Clinique d'accouchement.....                                       |    | TARNIER.       |
|                                                                    |    | PINARD.        |

*Professeur honoraire :*

M. PAJOT.

## Agrégés en exercice.

| MM.          | MM.                    | MM.               | MM.      |
|--------------|------------------------|-------------------|----------|
| ACHARD.      | GILBERT.               | MENETRIER.        | THIERRY. |
| ALBARRAN.    | GILLES DE LA TOURETTE. | NELATON.          | THOINOT. |
| ANDRÉ.       | GLEYS.                 | NETTER.           | TUFFIER. |
| BAR.         | HARTMANN.              | POIRIER, chef des | VARNIER. |
| BONNAIRE.    | HEIM.                  | travaux anatomi-  | WALTER.  |
| BROCA.       | LEJARS.                | ques.             | WEISS.   |
| CHANTEMESSE. | LETULLE.               | RETERER.          | WIDAL.   |
| CHARRIN.     | MARFAN.                | RICARD.           | WURTZ.   |
| DELBET.      | MARIE.                 | ROGER.            |          |
| GAUCHER.     | MAYGRIER.              | SEBILLEAU.        |          |

*Secrétaire de la Faculté :* CH. PUPIN.

Par délibération en date du 6 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MA MÈRE.

A MON PÈRE.

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE :

MONSIEUR LE PROFESSEUR FOURNIER,

Médecin à l'hôpital Saint-Louis,  
Membre de l'Académie de Médecine,  
Officier de la Légion d'honneur,

## AVANT PROPOS

---

Parvenu à la fin de nos études médicales et sur le point de quitter la Faculté, nous profitons de l'occasion qui nous est offerte pour adresser nos remerciements les plus sincères à tous les maîtres qui ont bien voulu guider notre inexpérience au milieu des difficultés des sciences médicales et former notre jugement sur tous les points.

Et d'abord, nous sommes heureux d'exprimer à cette place, à M. le docteur Gilles de la Tourette, qui nous a inspiré cette thèse, toute la reconnaissance que nous lui conservons. Après avoir passé plus de six années dans les divers services des hôpitaux de Paris, nous ne saurions dire combien fructueuse pour notre instruction médicale a été la période accomplie à Cochin auprès de M. le docteur Gilles de la Tourette. Nous ne regrettons amèrement qu'une chose, c'est de n'avoir pas commencé nos études médicales sous cette haute direction qui nous aurait certainement conduit mieux et plus loin. Ce regret est pour

nous la meilleure preuve que nous puissions donner à notre maître de notre haute considération pour son caractère et de notre attachement à ses idées.

Nous remercions ensuite bien vivement M. le professeur Fournier qui a bien voulu accepter la présidence de notre thèse et qui a mis à notre entière disposition son service de l'hôpital Saint-Louis afin de faciliter nos recherches.

M. le professeur Grancher auprès duquel nous sommes resté un an à l'hôpital des Enfants-Malades où nous avons toujours trouvé et trouvons encore le meilleur et le plus cordial accueil, a également droit à toute notre reconnaissance en retour du soin jaloux qu'il a mis à nous bien pénétrer de ses idées sur la pathologie infantile.

Enfin, nous terminons en offrant nos remerciements collectifs à tous nos autres maîtres dans les hôpitaux, plus spécialement à MM. Rigal, Galliard, Després, dans les services desquels nous avons passé comme externe et à MM. Cornil, Campenon, Barrié, Richardière qui, les premiers nous ont initié à la pratique hospitalière et nous ont appris à examiner un malade.

---

## PRÉFACE

---

Depuis très longtemps déjà, à vrai dire, depuis les premiers travaux parus sur la blennorrhagie, et en particulier depuis les travaux de Selle et de Swédiaud, on savait que l'infection blennorrhagique était capable de produire à distance des arthropathies multiples.

Depuis cette époque, il y a eu sur ce sujet des travaux extrêmement nombreux. Et, nous pouvons même dire qu'il est peu de points dans les sciences qui aient attiré à ce degré l'attention des savants.

Parmi les nombreuses opinions qui ont été émises et discutées nous citerons rapidement celles qui nous intéressent le plus.

On a cru d'abord que l'infection blennorrhagique se portait de préférence sur les articulations elles-mêmes. Puis bientôt après, on a bien montré que le plus souvent, l'infection retentissait beaucoup plus sur les annexes des articulations que sur l'articulation elle-même et en parti-

culier sur les gâines tendineuses des muscles qui entourent les articulations.

Monsieur le professeur Fournier s'est attaché, dans ses nombreux travaux sur cette question, à montrer que non seulement les grandes articulations pouvaient être le siège du rhumatisme blennorrhagique mais que de plus les petites articulations n'en étaient pas indemnes et qu'elles payaient un lourd tribut à cette maladie. C'est ainsi qu'il a décrit le rhumatisme des articulations des phalanges et la déformation spéciale et caractéristique qui suit cette affection, déformation connue sous le nom de doigt en radis.

Enfin le professeur Charcot dans ses leçons de la Salpêtrière insiste spécialement sur ce point particulier, que très souvent ce ne sont ni les articulations ni les annexes tendineuses qui sont prises mais bien les bourses séreuses périarticulaires, qui au point de vue trophique se comportent du reste comme les synoviales articulaires.

L'année dernière, pendant la période d'externat passée à l'hôpital Cochin, nous avons été frappé de voir notre maître M. le docteur Gilles de la Tourette, professeur agrégé, revenir si souvent dans ses leçons sur ce sujet particulièrement intéressant.

Mais ce qui nous a surtout frappé, c'est bien certainement le fait suivant sur lequel nous ne saurions trop insister. Lorsque parmi les consultants il se présentait un malade atteint de pieds

plats déclarant souffrir du pied et ne pouvoir marcher, chaque fois nous avons vu notre maître porter le diagnostic de blennorrhagie et chaque fois, après enquête, le diagnostic porté s'est trouvé justifié.

C'est en présence de ces faits, qu'il nous a paru intéressant de réunir un certain nombre des cas de cette affection, et de venir, au nom de notre maître, M. Gilles de la Tourette, et au nôtre, exposer l'étiologie et la pathogénie d'une maladie qui jusqu'à présent nous a semblé déjouer la sagacité des observateurs.

Nous voulons montrer que le pied plat qui, croyons-nous, est une malformation congénitale, est susceptible de fournir un usage suffisant aux individus qui en sont porteurs. Mais que la blennorrhagie venant frapper les bourses séreuses périarticulaires et en particulier les gaines des extenseurs et des péroniers vient augmenter la déformation et rendre la région douloureuse et la marche impossible.

Enfin, et c'est par là que l'affection est intimement liée à l'étude des maladies nerveuses, nous essayerons d'indiquer comment la lésion banale et bénigne en apparence peut, par les troubles trophiques consécutifs, amener chez le malade des complications nerveuses assez graves pour transformer subitement son existence en un long martyre de durée indéterminée à l'occasion d'un accident en général peu redouté.

## ETIOLOGIE

---

L'infection blennorrhagique étant la cause productrice principale de l'affection dont nous nous occupons, les conditions étiologiques sont donc à peu près les mêmes dans l'un et dans l'autre cas.

Parmi les causes internes ou inhérentes à l'individu lui-même, nous ne trouvons pas de facteur étiologique susceptible d'attirer l'attention. La question d'hérédité ne nous paraît pas devoir être discutée. Quant à la constitution, au tempérament leur rapport le plus direct est plutôt avec la forme l'intensité, la durée de l'infection blennorrhagique elle-même qu'avec les complications articulaires de n'importe quel ordre.

Restent l'âge et le sexe.

La complication articulaire que nous signalons se rencontre à tout âge et à la fois dans les deux sexes. Mais, hâtons-nous d'ajouter qu'on la rencontre le plus souvent chez l'homme et surtout

chez l'homme jeune; c'est-à-dire de 20 à 30 ou 40 ans.

Pourquoi cette prédominance chez l'homme et chez l'homme dans la force de l'âge? Les dernières causes étiologiques que nous allons examiner vont nous le montrer.

Ces causes sont non plus adhérentes à l'individu, ne dépendent plus en un mot ni de sa constitution ni de son tempérament, mais lui sont pour ainsi dire extérieures. Elles sont placées en dehors de lui.

Parmi ces facteurs, nous en trouvons deux qui se surajoutent le plus souvent en se complétant l'un à l'autre. Nous voulons parler des causes professionnelles et de l'infection elle-même.

Quels sont, en effet, les individus chez lesquels nous rencontrons presque toujours la tarsalgie blennorrhagique? Ce sont de jeunes sujets habitués ou contraints par leur métier, à la station debout prolongée.

Parmi les nombreux métiers qui rentrent dans cette catégorie, nous en citerons seulement quelques-uns.

Ce sont les grands marcheurs qui, en plus de la fatigue occasionnée par la station debout, ont encore la fatigue musculaire due à la déambulation elle-même.

Puis, peu à peu sans distinction, toutes professions où, sans marcher, l'individu doit rester sur les jambes pendant un temps exagéré, tels les

garçons coiffeurs, garçons de café, garçons de salle, bicyclistes, soldats, frotteurs, sergents de ville, etc., etc.

Il est juste d'ajouter qu'au point de vue statistique, ce sont également ces professions qui, en dehors de toutes complications articulaires, payent le plus lourd tribut à la blennorrhagie qui règne pour ainsi dire à l'état épidémique sur certains groupes d'individus.

Quand la maladie se rencontre chez la femme, l'étiologie ne varie pas. Il s'agit alors, dans ces cas, de cuisinières, bonnes à tout faire, infirmières, en un mot de femmes étant généralement debout.

Enfin, en dernier lieu, et comme facteur capital nous trouvons l'infection blennorrhagique elle-même. Celle-ci, comme nous l'allons voir en étudiant la pathogénie de l'affection, jouant le rôle de cause déterminante et faisant éclater les désordres, les autres causes étant simplement prédisposantes.

---

## PATHOGÉNIE

---

Nous voici donc en face d'une affection dont les causes prédisposantes nous sont bien connues ; la cause déterminante aussi.

Toute la notion pathogénique repose sur cette importante considération qu'il ne faut pas perdre de vue.

En effet, prenons, par exemple, un individu jeune, dans une des catégories précédemment citées. Il marche, il fait son métier sans s'apercevoir de quoi que ce soit. Puis, soit constitution, soit le début du travail trop jeune, à un âge où les os, les tendons, les articulations, incomplètement développées, résistent moins, soit autre chose, peu importe la cause, mais il y en a une, puisque tous ne sont pas indifféremment pris ; peu à peu l'individu marche moins bien, éprouve de la fatigue après être resté longtemps debout ; après de longues courses ou un travail trop prolongé ses pieds le font souffrir et il est obligé de se coucher. Mais la souffrance cède à un court repos et tout rentre

dans l'ordre pour reparaitre à quelque temps de là, à l'occasion d'une nouvelle fatigue, mais avec plus d'intensité cette fois.

En un mot, ces individus ont le pied plat depuis leur naissance. C'est une affaire congénitale. Mais bien que possédant un pied plat, ces individus n'en souffrent que pas ou peu, à l'occasion de fatigues seulement ou de surmenage.

C'est alors qu'intervient la blennorrhagie. Et nous allons voir comment elle va changer la face des choses et rendre complètement impotent un individu qui ne l'était pas.

L'individu porteur du pied plat gagne la blennorrhagie, la soigne plus ou moins mal, l'écoulement paraît arrêté, tout est normal, il se remet au travail, se croyant guéri et à l'abri de toute éventualité.

Au bout d'un certain temps, il ressent une douleur uniquement localisée dans l'un ou l'autre pied ou dans les deux à la fois, à l'exclusion des autres articulations. Le pied plat non douloureux est devenu un pied plat douloureux.

Il continue à marcher un certain temps avec difficulté, puis il finit par ne plus marcher du tout et ne plus même pouvoir poser le pied à terre.

Quel mécanisme a transformé ce pied en pied valgus douloureux ? Il est probable que les choses se passent de la manière suivante :

Quand le blennorrhagie donne lieu à une manifestation articulaire généralisée ou non, on sait

aujourd'hui que si l'articulation elle-même, c'est-à-dire les cartilages diarthroïdaux et les synoviales, est souvent prise, les annexes de l'articulation le sont plus souvent encore. Et par annexes, nous entendons les synoviales tendineuses et les bourses séreuses du voisinage qui du reste se comportent comme les synoviales.

L'infection bleannorrhagique frappe donc d'une manière générale toutes les parties du pied et du cou-de-pied, mais de préférence les synoviales tendineuses des muscles péroniers et quelquefois des extenseurs des orteils. Ces synoviales atteintes, les gaines enflammées, les muscles correspondant se contracturent consécutivement, soit que l'individu cherche de cette façon à éviter la douleur en plaçant son articulation dans une position fixe, soit pour une cause d'un autre ordre, en tous cas, le pied valgus se trouve ainsi constitué.

Que si l'on nous demande pourquoi c'est l'articulation tibio-tarsienne qui est le plus souvent atteinte à l'exclusion des autres qui fatiguent aussi, nous répondrons que très probablement cela tient aux causes étiologiques. L'articulation tibio-tarsienne est de toutes les articulations celle qui fatigue le plus et toujours ; c'est donc pour ainsi dire un lieu de moindre résistance tout préparé à une infection de cette nature.

Après avoir donné la pathogénie de l'affection telle que nous l'avons toujours vue avec M. le

docteur Gilles de la Tourette, il convient de discuter la question suivante.

Le pied plat douloureux blennorrhagique se produit chez les individus possédant déjà un pied plat antérieur, avons-nous dit. La blennorrhagie à elle seule, est-elle capable de créer un pied valgus douloureux? Est-elle capable en d'autres termes de rendre plat et douloureux un pied sain jusqu'alors?

A cette question ainsi posée, nous répondrons que M. le docteur Gilles de la Tourette ne l'a jamais observé dans sa pratique, mais que cependant pour ne l'avoir pas vu, il ne le croit pas impossible.

La blennorrhagie produit, en effet, sur les articulations elles-mêmes et sur leurs annexes des désordres sur la nature desquels nous n'insisterons pas ici, parce qu'ils ont été étudiés à maintes reprises et avec de grand détails dans nombre de thèses que nous citons dans notre bibliographie.

Il n'est pas impossible que ces altérations soient dans certains cas donnés, suffisantes pour créer à elles seules une viciation douloureuse du pied.

Telle est, suivant l'opinion de M. le docteur Gilles de la Tourette, l'explication pathogénique de l'affection connue sous le nom de pied plat valgus douloureux sinon toujours, du moins dans l'immense majorité des cas. Que certaines autres causes concourent au même résultat, que l'on

invoque le rhumatisme ou tout autre infection, la blennorrhagie n'en est pas moins la cause capitale de ce genre de déformation et à ce point de vue, il était intéressant de signaler cette pathogénie.

---

## ANATOMIE PATHOLOGIQUE

---

Nous serons extrêmement brefs sur ce chapitre par la raison très simple que l'anatomie pathologique de l'affection manque complètement, qu'elle est tout entière à faire. En effet, il est très rare, ou pour mieux dire il n'arrive jamais qu'un de ces malades meure et par conséquent il n'y a pas lieu d'avoir d'autopsies. A moins que le sujet ne meure d'une maladie absolument différente, et encore le plus souvent dans ce cas, l'attention sera détournée de l'affection articulaire par la solennité de la maladie aiguë.

Du reste, que trouverait-on comme lésions articulaires ? Nous l'ignorons, tout au plus est-il permis de supposer que ces lésions sont à peu près les mêmes que celles trouvées par Gosselin dans un cas analogue.

Il s'agit d'un sujet de 20 ans, atteint de tarsalgie et mort du choléra au moment où on le traitait pour cette affection.

1° Dans les articulations tibio-tarsiennes des-

truction du cartilage diartroïdal à la partie antérieure de la poulie astragaliennne.

2° Articulation astragalo-scaphoïdienne, sécheresse des surfaces articulaires, ulcération du cartilage, altération profonde des os.

3° Articulation calcaneo-cuboïdienne. Mêmes lésions.

4° Articulation calcaneo-astragaliennne. Injection de la synoviale, usure du cartilage commençant sur la tête de l'astragale.

En somme, lésions analogues à celles de l'arthrite sèche.

D'où cette conclusion de Gosselin :

« Le valgus douloureux est une variété d'arthrite sèche se caractérisant par une ostéite légère et une ulcération des cartilages diarthroïdaux sur l'altragale et le calcanéum. La contracture est consécutive à l'ostéo-arthrite et semble avoir pour but d'immobiliser les articulations douloureuses. Mais il n'est pas possible de dire pourquoi ce sont plutôt les muscles animés par le poplité externe que ceux animés par le poplité interne qui subissent cette influence. »

Et, de plus, que nous importe d'une façon absolue, de connaître l'anatomie pathologique? Au point de vue purement anatomique, certainement. Mais est-ce là ce que nous cherchons? Non pas.

Nous voulons simplement attirer l'attention sur un point spécial de pathogénie, parce que, une fois la maladie dénoncée, on la traite et elle guérit.

Sinon, elle passe à l'état chronique pour ainsi dire, si de nouvelles complications, sur lesquelles nous insisterons en temps et lieu, n'apparaissent pas. Donc tout l'intérêt de notre observation repose sur la pathogénie et non sur l'anatomie pathologique.

---

## DESCRIPTION

---

L'affection débute plus ou moins longtemps après l'apparition de l'écoulement. Mais le début est en général insidieux.

Les symptômes sont plus ou moins accusés suivant les cas et les individus.

S'il s'agit d'une première atteinte, voici comment les choses se passent.

Il s'agit le plus souvent, d'un individu jeune, d'un métier fatigant, possédant antérieurement un pied plat. Ce pied plat n'est pas douloureux d'habitude sauf fatigues excessives. A ce moment la blennorrhagie intervient. Elle est traitée et passe pour guérie, mais l'écoulement persiste. A quelque temps de là, le malade, qui a repris ses occupations, constate que son articulation tibio-tarsienne est douloureuse, sans que cette douleur l'oblige d'abord à abandonner son travail.

La douleur augmente rapidement, les souffrances deviennent intolérables : le malade abandonne tout travail.

Il entre alors à l'hôpital et si on l'examine il est facile de retrouver tout le cortège des symptômes décrits dans les auteurs et sur lesquels nous n'insisterons pas.

Douleur nocturne, gonflement de l'articulation, contracture des muscles, déviation consécutive, etc., etc.

Mais ces symptômes varient un peu avec chaque cas suivant les localisations de l'affection. Toutes les parties articulaires peuvent être prises : articulation tibio-tarsienne, articulation médio-tarsienne, articulation astragalo-scaphoïdienne, articulation calcanéocuboïdienne, articulation calcanéoastragalienne, bourses séreuses péri-articulaires, gaines tendineuses.

Tout n'est pas pris en même temps, en général. L'infection se porte de préférence non pas sur les surfaces articulaires mais sur les gaines tendineuses et en particulier sur les gaines des tendons des péroniers latéraux et des extenseurs commun et propre du gros orteil.

Les muscles atteints se contracturent, amènent le relief des tendons sous la peau et s'accompagnent du déjettement du bord externe du pied en dehors qui constitue le valgus.

Cette contracture est d'abord passagère et n'apparaît qu'au moment des efforts de marche. Elle disparaît quand le malade est couché.

Plus tard, elle est plus tenace et ne disparaît qu'après un certain temps de repos. Enfin elle va

en s'accroissant, ne cédant même plus au repos, mais seulement aux anesthésiques jusqu'au moment où elle reste définitive.

Tout naturellement cette contracture s'accompagne d'une perte presque absolue des mouvements de flexion et d'extension du pied ainsi que des mouvements de latéralité. Ces mouvements suivent les variations de la contracture. C'est-à-dire que possibles encore au début ou après un certain repos, ils cessent bientôt de l'être.

Si l'affection est traitée de suite, elle régresse, il n'en est plus question. Mais à la première réapparition de l'écoulement, elle reparait, et elle reparait avec les mêmes caractères, mais plus accentuées ayant un degré de plus.

Si enfin l'affection n'est point reconnue, si par conséquent elle n'est point traitée, elle s'achemine peu à peu vers un terme ultime qui sera étudié et décrit dans le chapitre suivant avec toutes ses conséquences.

---

MARCHE. DURÉE. TERMINAISON.  
COMPLICATIONS.

---

La marche de l'affection est essentiellement récidivante et progressive.

Il est bien rare que le sujet qui en est atteint se trouve quitte après une première attaque. En général, les rechutes sont la règle et sont excessivement fréquentes. Ces rechutes se font parallèlement aux nouvelles atteintes de la blennorrhagie. A chaque nouvel écoulement, nouvelles douleurs du côté des pieds. Il y a des observations dans lesquelles ces rechutes ont été pour ainsi dire illimitées.

La durée de la maladie est extrêmement variable. Si elle n'est pas soupçonnée, elle n'est pas traitée et est pour ainsi dire chronique et indéfinie. Au contraire, traitée le plus souvent elle cède assez rapidement et le malade se trouve à l'abri d'une éventualité sur laquelle le moment est venu d'insister plus particulièrement.

Nous disions plus haut que l'affection était surtout récidivante et progressive. Nous avons suffisamment attiré l'attention sur les rechutes qui font de cette maladie une sorte de tarsalgie à répétition. Nous avons dans un chapitre précédent brièvement exposé l'avenir un peu sombre de l'affection lorsque la cause reste ignorée. Revenons sur ce sujet avec quelques détails.

Que devient la maladie abandonnée à elle-même ? Y a-t-il à redouter des complications ?

A la première question nous répondrons : les symptômes aigus, douleur, gonflement, etc., etc., diminuent peu à peu. Mais en même temps qu'ils diminuent, la contracture augmente. La marche est redevenue possible quoique pénible, mais aux dépens d'une claudication douloureuse plus ou moins prononcée. C'est précisément pour diminuer cette douleur de la marche, que les muscles sont pour ainsi dire, instinctivement, en contracture permanente. Nous avons vu que cette contracture devient définitive, ne cédant même plus aux agents anesthésiques ; les déformations sont alors irrémédiables et au maximum.

Si tout s'arrêtait là, ce ne serait encore que demi-mal. Mais ici les choses se compliquent. Et c'est précisément à ce point de vue qui devient un des plus intéressants de la question, que l'affection se rattache aux maladies nerveuses.

A ce moment nous entrons dans la période des troubles trophiques, période qui peut mener le

malade fort loin et rendre une affection banale en apparence d'un pronostic plus sombre pour l'avenir.

Que se passe-t-il exactement au point de vue anatomique, nous l'ignorons. Toujours est-il que dans ces muscles contracturés, il se fait des atrophies.

Les nerfs qui animent ces muscles se trouvent également compromis dans leur vitalité par le processus morbide. Que la contracture soit la cause initiale du phénomène, que ce soient au contraire les désordres articulaires qui réagissent sur les terminaisons nerveuses, peu importe.

Mais ce que l'on constate c'est l'apparition de symptômes nouveaux qui éclatent tout à coup et viennent changer complètement l'avenir du malade.

Ces symptômes redoutables qui doivent à bon droit faire réfléchir le médecin sont ceux d'une névrite ascendante.

On constate de l'exagération des réflexes de la trépidation spinale, les pieds sont froids ou en sueur, etc. Et même l'affection progressant de plus en plus peut arriver comme dernier terme et en dernière analyse jusqu'à la myélite.

Nous tenons, et c'est précisément sur ce point qu'insiste M. le Dr Gilles de la Tourette, à bien faire remarquer combien la connaissance pathogénique d'une affection banale en apparence et très répandue peut et devient non seulement utile

mais du plus haut intérêt pratique et pronostic pour l'avenir d'un malade qui peut guérir dans un cas sans accident et qui dans l'autre est au contraire exposé à toutes les éventualités de complications redoutables.

---

## DIAGNOSTIC. PRONOSTIC.

---

Le diagnostic de cette affection, extrêmement facile quand on y pense, est presque impossible si si l'esprit n'est pas attiré vers ce point particulier.

Nous nous expliquons.

Combien de fois avons-nous vu M. le Dr Gilles de la Tourette, en présence d'un sujet à pied plat, venant se plaindre à l'hôpital de douleurs plus ou moins vives, dire immédiatement : Cet homme a la chaude-pisse. Et toujours cette opinion s'est trouvée réalisée.

Il suffit de chercher des cas pour les trouver. Toujours on pourra déceler l'écoulement, ne fût-ce qu'une goutte militaire. Et souvent on se trouvera en présence d'individu ayant plusieurs récides, quelquefois un nombre considérable. Dans ces cas, l'affection cédait parce que l'écoulement était momentanément ou définitivement arrêté. Elle reparaisait à l'occasion d'une rechute de la blennorrhagie ou d'une nouvelle chaude-pisse.

Donc tout est très facile quand on connaît l'affaire. Mais c'est quand on ne la connaît pas que les choses diffèrent.

« En effet, dit M. le professeur Duplay, un malade, qu'il soit homme ou femme, atteint de cette variété d'arthrite, n'ayant aucune idée de la relation qui peut exister entre son apparition subite et l'écoulement uréthral qu'il présente parfois depuis longtemps, ne sera jamais à aller demander secours à un hôpital de vénériens comme le Midi et Lourcine. Il se présentera à la consultation d'un hôpital ordinaire et neuf fois sur dix il sera admis dans un service de chirurgie. Des observateurs dont l'attention est journellement attirée sur les complications de la blennorrhagie ne se trouveront ainsi que rarement en présence de l'arthrite et les chirurgiens non prévenus ou abusés par les descriptions classiques, examinant un malade qui, pour expliquer sa maladie, a dans sa mémoire un traumatisme ou un refroidissement, en laisseront échapper la *pathogénie* véritable et la considéreront comme une arthrite traumatique ou une arthrite à *frigore*. »

Nous ne saurions rien ajouter après cette citation qui pût mieux traduire notre pensée. C'est précisément parce que le malade lui-même ne met aucune relation entre son écoulement et son arthrite que le médecin en fait autant.

S'il s'agissait d'un rhumatisme blennorrhagique généralisé ou même mono-articulaire, mais

d'une autre articulation, peut-être quelquefois rechercherait-on à faire le diagnostic pathogénique de l'affection, comme cela arrive pour les arthrites du genou, de la clavicule, etc.

Mais dans le cas particulier, l'esprit loin d'être attiré dans cette voie, en est au contraire écarté par une apparence de causes multiples : froid, traumatisme, pied plat, fatigues, station debout, marches exagérées, etc., etc. Quand encore, au cas où la question serait posée par hasard, le malade ne vient pas démentir avec bonne ou mauvaise foi un écoulement qu'il a.

L'importance de la notion pathogénique est donc énorme au point de vue du diagnostic et par conséquent au point de vue du pronostic.

En effet, il est bien évident, après tout ce que nous avons dit, que l'avenir du malade dépend exclusivement d'une seule chose : faire le diagnostic. Tout est là.

Le diagnostic fait, l'écoulement traité, la maladie est guérie.

Non fait, la maladie évolue lentement, amène des désordres irrémédiables, trop heureux quand le pronostic n'est pas assombri par l'apparition de symptômes décélant une grave complication.

---

## TRAITEMENT.

---

Le traitement de l'affection peut être divisé en deux parties bien distinctes : le traitement de la blennorrhagie et le traitement des complications.

Nous n'avons pas à insister sur la première partie de ce traitement qui est une affaire de thérapeutique spéciale. Nous nous contenterons de dire et d'insister spécialement sur ce point : il faut tarir l'écoulement par quelque moyen que ce soit. Et non seulement le tarir mais le guérir complètement. Les complications ultérieures apparaissant généralement à la suite d'une goulte ancienne qui se réchauffe à l'occasion d'excès de nature quelconque, il importe donc de débarrasser complètement le malade de tout foyer d'infection blennorrhagique.

Pour répondre à la seconde partie du traitement, une condition s'impose absolument : c'est le repos au lit.

On pourra lui adjoindre l'enveloppement ouaté de l'articulation malade, mais, c'est surtout dans

le repos, le repos absolu, le repos au lit, que se trouve la première condition de réussite.

Est-ce à dire que le malade guérira toujours complètement par le repos? Il serait téméraire de l'affirmer. Il y a certains cas dans lesquels les choses se passeront ainsi. MM. Hayem et Parmentier en ont rapporté deux exemples et nous-même avons toujours vu nos malades sinon radicalement guéris, du moins améliorés à un point voisin de la guérison.

Mais, si la maladie est de date ancienne, si les complications médullaires sont accentuées, comme dans l'observation du professeur Charcot, il est plus que probable que quoi qu'on fasse on attendra longtemps la guérison.

Dans ces cas, on a tout essayé. La revulsion sous toutes ses formes, pointes de feu à la colonne lombaire, etc. Même des douches froides. L'électricité. Mais malgré ce traitement, les atrophies musculaires persistent, les réflexes rotuliens (phénomène du genou) restent exagérés ainsi que la trépidation spinale (phénomène du pied) la marche est impossible. Et devant ces cas invétérés, le médecin reste désorienté en constatant les graves désordres qu'une cause banale comme la blennorrhagie a pu produire.

Enfin, en terminant ajoutons que même dans les cas heureux où l'on obtient rapidement l'amélioration et la guérison, le malade n'en reste pas moins pour cela sous le coup d'une récurrence qui

malheureusement le plus souvent ne se fait pas attendre.

#### OBSERVATION I (Bizard).

*Nouvelle Iconographie de la Salpêtrière.* Année 1896, n° 1.

L... Edmond, journalier, entre le 25 novembre 1895, hospice Saint-Louis, salle Saint-Louis, n° 18, service de M. le professeur Fournier.

*Antécédents héréditaires.* — Père mort d'un traumatisme. Mère morte il y a un an de cardiopathie, ayant eu de son mariage deux enfants, le malade et une sœur qui vit et a toujours été bien portante.

Notre malade est veuf, sa femme est morte il y a un an de granulie. Ils avaient un enfant mort à 11 mois de la variole.

*Antécédents personnels.* — Notre malade ne se rappelle pas et n'a jamais entendu dire avoir été malade dans sa première enfance. Il fut souffrant, pour la première fois, à l'âge de 9 ans, où il eut une pneumonie. A l'âge de 11 ans, deuxième pneumonie plus grave que la première.

Pendant son service militaire, à Versailles, le malade eut un accès de fièvre qui dura quinze jours. Auparavant, à l'âge de 18 ans, il eut une première chaude-pisse (il y a donc vingt ans de cela), mais cette blennorrhagie, soignée dès le début, disparut sans laisser de traces, n'ayant duré que trois semaines.

Il y a quatre ans, à 34 ans, le malade eut un rhumatisme articulaire aigu et fut alors soigné dans le service de M. le professeur Debove, à l'hôpital Andral.

Les articulations des mains, les poignets, les coudes, les épaules, les genoux, les chevilles, furent prises simultanément, toutes ensemble, mais deux par deux, trois par trois, le rhumatisme quittant un groupe d'articulations pour se localiser dans un autre — les articulations étaient chaudes, rouges, tuméfiées — en même temps transpirations avec odeur aigre particulière, le malade était très anémié, blanc comme un linge, nous dit-il. L'état général était très défectueux ; inappétence complète et grande fièvre. Traité alors par le salicylate de soude, il ne fut guéri qu'au bout de cinq mois, mais depuis, la guérison est restée complète et sa santé resta excellente jusqu'au mois de juin dernier.

A ce moment (il y a six mois), notre malade contracta une deuxième blennorrhagie : cuisson en urinant, écoulement vert au début, plus clair et jaune ensuite, ayant apparu six jours après un coït unique, le malade se trouvant à ce moment dans un léger état d'ébriété.

Cette blennorrhagie se compléta d'urétrite postérieure et de cystite du col, confirmée par la douleur du côté de la vessie et une vingtaine de mixtions au moins dans la journée. Le traitement fut des plus simples et consista seulement en infusion de bourrache, sans injections. Aujourd'hui 10 décembre 1894, cette blennorrhagie est presque complètement guérie, grâce à un régime approprié et à des capsules de santal, sans aucune injection.

Il y a quatre mois ont apparu les arthropathies du côté des doigts de la main droite et la douleur du talon que nous allons expliquer tout à l'heure.

*Examen des organes. — Voies respiratoires.*

Comme nous l'avons vu, le malade a eu dans sa jeunesse deux pneumonies, en outre il s'enrhume facilement l'hiver et tousse souvent, enfin il transpire quelquefois la

nuit, mais il n'a jamais craché de sang. La percussion ne nous révèle qu'un peu de submatité à droite, mais l'auscultation ne donne rien de particulier.

Cœur normal (ni souffle, ni hypertrophie, ni dilatation), tube digestif fonctionne très bien, reins sains.

Quant au système nerveux, il présente des particularités que nous étudierons en détail.

Pas de syphilis. Léger alcoolisme. Mais chez ce malade, l'attention est principalement attirée vers des particularités qui déroutent tout d'abord.

Mains. — On remarque des déformations particulières du côté de l'articulation de la 1<sup>re</sup> et 2<sup>e</sup> phalanges du médius et de l'articulation métacarpo-phalangienne de l'index de la main droite ; de l'articulation de la 1<sup>re</sup> et 2<sup>e</sup> phalange du médius de la main gauche.

Il y a quatre mois a commencé l'arthropathie de l'articulation phalangino-phalangienne de la main droite. Tous les symptômes ont été ceux d'une arthrite évoluant lentement sans éclat. Tout d'un coup, sans raison appréciable, sans malaise, sans traumatisme antérieur, de la douleur, de la rougeur et de la tuméfaction ont apparu du côté de l'articulation ; la douleur n'a jamais été très violente, presque nulle quand le malade tenait son doigt tranquille, mais exagérée, devenant très violente dès qu'il essayait de remuer le doigt ou avait à se servir de sa main.

En même temps le doigt était rouge au niveau de l'articulation, avec sensation de chaleur à ce niveau. La tuméfaction apparaissait dès le début ; elle n'a jamais disparu, mais tandis que la douleur et la rougeur allaient en s'amendant pour disparaître tout-à-fait, la tuméfaction persistait, telle qu'au premier jour, mais ce n'était plus alors de la tuméfaction, puisque tous les phénomènes inflammatoires avaient disparu. C'était une véritable déformation, déformation véritablement caractéristique sur laquelle nous allons avoir à revenir dans un instant.

Presque en même temps, l'articulation métacarpo-phalangienne de l'indicateur de la même main se pressait, mais cette fois l'arthropathie évoluait insidieusement, tous les signes de l'inflammation articulaire étant très atténués et passant presque inaperçus. Quinze jours après, les mêmes symptômes se montraient au niveau de l'articulation palangino-phalangienne de la main gauche. Mais tandis que la rougeur, la tuméfaction étaient presque nulles, la douleur fut cette fois le symptôme dominant, peu durable cependant, car elle disparut, elle aussi, complètement au bout de quatre jours.

En examinant les articulations malades, on constate que la peau est légèrement épaisse à leur niveau ; profondément, il est difficile de distinguer des surfaces articulaires, les tendons ; on ne sent qu'une masse dure, assez régulière cependant. Les mouvements se font avec difficulté volontairement, les mouvements sont pourtant presque intacts et ne provoquent ni douleurs, ni craquements.

Les déformations métacarpo-phalangiennes de la main droite, et celle de l'articulation phalangino-phalangienne (doigt en masse) de la main gauche n'ont rien de caractéristique, ce sont les déformations banales que l'on rencontre chez tous les malades atteints de rhumatisme nerveux — celle de l'articulation phalangino-phalangienne de la main droite au contraire est tout à fait caractéristique elle suffit pour M. le professeur Fournier à faire sans aucune hésitation, sans interrogatoire préalable, le diagnostic chaude pisse sans jamais *s'être trompé une seule fois* dans les cas semblables, peu nombreux il est vrai, qu'il lui a été donné d'observer. — Cette disparition siège presque toujours sur le médus et aussi souvent à droite qu'à gauche. C'est la déformation que M. Fournier a appelée le doigt en radis, doigt piriforme, oviforme, la tête du radis étant située au niveau de l'extrémité supé-

rière de la phalange, endroit où la déformation est la plus considérable et va ensuite en s'atténuant pour disparaître complètement en allant se confondre au niveau de la partie médiane de la phalangine avec le doigt normal.

Symétriquement la déformation est bien moins caractérisée en examinant soigneusement le doigt, on finit par voir que la déformation a des tendances à se rapprocher de celle du doigt en radis, mais ici l'inflammation a été moindre, et la déformation n'a pas eu le temps de se faire, c'est un doigt en massue.

Dès les premiers jours, le malade a remarqué qu'il se servait difficilement de ses mains, qu'il ne pouvait pas soulever des objets un peu lourds ; pour expliquer cette faiblesse des mains le symptôme douleur suffit largement. Mais alors que toute douleur avait disparu, le malade n'a pas pu davantage se servir facilement de ses mains et notamment de la main droite qui avait été plus touchée, puisqu'ici l'infection a été plus considérable et que deux articulations ont été prises ; à ce moment il soulevait difficilement des objets qu'il trouvait auparavant d'après son expression (légers comme une plume), en outre, il est devenu maladroit alors qu'il nous raconte qu'il était assez adroit antérieurement.

Aujourd'hui, en effet, il ne peut tenir à bras tendus avec son bras droit, une chaise légère que deux minutes au plus, non sans trembler et donner dès le début de cette petite expérience des signes manifestes de fatigue musculaire. — N'ayant pas de dynamomètre, nous lui faisons fortement serrer nos mains avec les siennes, et il est toujours facile de remarquer que tandis qu'il aura à provoquer de la douleur en serrant avec la main droite ou sent à peine son étreinte avec la main gauche.

On trouve facilement la raison de cette diminution de forces surtout du côté droit, en examinant les muscles et

les avant bras de notre malade et, on constate que le bras droit est atteint d'*amyotrophie*. — Le malade n'a jamais été, dit-il, très musclé, mais il l'a été beaucoup plus qu'aujourd'hui. — Un mois environ après les arthropathies des mains, il a remarqué que ses bras diminuaient, tous les deux ensemble, le bras droit un peu plus pourtant que le gauche.

On remarque en effet à droite que les espaces intermétacarpiens sont très visibles, sensiblement déprimés, les tendons des extenseurs font saillie ; ils ont de la force palmaire, l'*amyotrophie* est moins visible, pourtant l'éméniéthénar droite est moins volumineuse que celle de gauche. L'avant-bras droit est aussi diminué.

On remarque un méplat au niveau du grand palmaire. Au toucher, on voit que les masses musculaires du côté droit sont moins volumineuses que du côté gauche. Quant à la mensuration, elle donne une différence de 1 centimètre à 1 centimètre 1/2 en plus en faveur du bras gauche. Ses bras sont sensiblement pareils. — Donc il y a évidemment de l'*amyotrophie* des membres supérieurs, *amyotrophie* double, mais sensiblement plus considérable à droite qu'à gauche.

Nous pouvons dire que nous avons affaire avec des arthrites déformantes blennorrhagiques, apparues deux mois après la chaude-pisse, cette chaude-pisse étant à ce moment (dans son plein) avec déformation caractéristique de l'indicateur droit — chez un individu prédisposé à faire des accidents du côté de ses articulations, de par un long accès de rhumatisme articulaire aigu antérieur.

Si maintenant nous examinons toutes les autres articulations de notre malade, nous ne trouvons absolument rien.

Nulle part de gêne dans les mouvements, nulle part de craquements ; aux pieds notamment les articulations des phalanges du métatarse sont indemnes, mais ici un

autre phénomène du côté du tarse a attiré notre attention.

Il y a un mois, un peu plus de deux mois après le début de la blennorrhagie, que le malade ne soignait pas du reste — quinze jours après le début des athro-rition de la main droite et en même temps que l'appa-pathies de l'arthropathie du medius gauche, un matin, notre malade en se levant et en posant ses pieds par terre ressentit une telle douleur au niveau des deux pieds qu'il lui fut impossible de se tenir debout et se recoucha. Croyant, dit-il, à une crampe passagère à la suite d'une fausse position pendant son sommeil, il se reposa quelques minutes, mais lorsqu'il voulut se relever, malgré toutes les précautions qu'il put prendre pour mettre pied à terre, il lui fut à nouveau impossible de se lever. En même temps apparut une douleur lancinante partant du talon, comme si elle traversait le pied au niveau du talon de bas en haut pour aller s'irradier dans le mollet, sur leur niveau localisé en certains points comme nous allons le voir tout-à-l'heure. En même temps le malade remarqua une légère enflure de la cheville et au niveau du métatarse à la face supérieure du pied. Le malade crut avoir affaire à un nouvel accès de rhuma-tisme et resta huit jours au lit. La douleur pourtant devenant moins vive et l'enflure disparaissant, il voulut re-tourner à son travail, mais depuis, quand même la douleur a persisté, elle gêne sensiblement le malade obligé de marcher sur la pointe du pied. Après avoir retravaillé quelques jours, de nouveau le malade fut encore un matin dans l'impossibilité de rester debout. Il rentra à Andral chez M. Debove qui donna du salicylate de soude. Il y est resté neuf jours dans ce service, il est ressorti alors et c'est cette douleur qui l'a décidé alors à être admis dans ce service.

Cette douleur, comme nous venons de voir, a deux sièges :

1° Elle est sous-talonnaire, et sous-astragaliennne. Présentant son maximum dans une zone d'un diamètre de trois à quatre centimètres, siégeant à l'union du tiers moyen et du tiers externe de la zone inférieure du talon ;

2° Cette douleur est rétrocalcanéenne, siégeant au niveau de l'insertion du tendon d'Achille sur le calcaneum.

Aujourd'hui, ce n'est plus une douleur continue, mais elle est provoquée par le toucher en posant le pied sur le sol ; c'est alors un élancement, une douleur lancinante, s'irradiant jusque dans le mollet.

Le malade est obligé de marcher sur la partie antérieure du pied, sur les orteils ; malgré tout, comme le talon porte toujours forcément sur le sol, quand il veut marcher un peu trop longtemps, surviennent de notables crampes dans les mollets qui l'obligent à s'arrêter.

Le pied est plat, la cambrure du pied est à peine marquée la pointe plantaire semble légèrement affaissée.

La lésion siège ici sans aucun doute dans les bourses séreuses de la région interne du pied ou, comme le disait Charcot, les bourses séreuses ont un rôle trophique et nous trouvons en effet des troubles trophiques.

Le malade se plaint en effet d'un froid aux pieds persistant ; par instants, quand il s'est un peu fatigué, les pieds rougissent et se couvrent de sueurs.

Nous remarquons, chose très importante, de l'amyotrophie ; le malade a remarqué peu après le début de son affection que ses jambes, ses cuisses même diminuaient (en ce temps ou peu après le début de l'amyotrophie des membres supérieurs) il le mettait naturellement sur le compte de son écoulement qui l'épuisait, dit-il, quoique le tronc ne maigrissait pas ; cette amyotrophie est consécutive sans aucun doute à la lésion des bourses séreuses et, aujourd'hui que la douleur a diminué, que l'écoulement est tari, les muscles des membres inférieurs ne paraissent nullement « se faire » et le contraire même serait plus vrai.

Disons, dès maintenant, qu'au niveau du siège de la lésion la sensibilité est intacte.

En outre, il n'y a pas de troubles des sphincters.

Les réflexes tendineux sont exagérés.

*Examen du système nerveux.* — En examinant les yeux du malade, on est frappé d'une inégalité pupillaire assez considérable et d'un rétrécissement manifeste de la fente palpébrale droite, les symptômes oculaires, l'amyotrophie des membres, chez un homme ayant pris des injections pour son rhumatisme articulaire aigu, pour ses blennorrhagies chez un malade ne présentant pas les signes ordinaires de l'alcoolisme, mais qui buvait pourtant de l'alcool en assez grande quantité, donc pouvant bien être intoxiqué, éveillent de suite l'idée qu'il pourrait bien y avoir chez notre malade quelque chose de plus ; on pense à une névrite de cause interne, c'est ce que nous avons recherché avec grand soin.

*Troubles musculaires.* — Il n'y a pas eu, à proprement parler, de paralysie des muscles ; si le malade n'a pu se servir aisément de ses mains, s'il n'a pu marcher, ce n'est que la douleur qui l'en a empêché, c'est la douleur seule qui l'empêche encore de se servir facilement de ses membres inférieurs.

En plus, l'atrophie musculaire s'est établie d'emblée sans paralysie antérieure, et c'est là une raison nouvelle qui est venue s'ajouter à la douleur pour empêcher le malade de se servir aisément de ses membres.

Il y a des troubles de la marche, mais qui tiennent sans aucun doute à la douleur du talon.

Il n'y a pas de douleur autre que celle dont la cause nous est connue ; il n'y a pas d'accès de douleurs notamment.

La sensibilité, sous ses trois formes, ne présente pas de modifications.

Les réflexes cutanés sont conservés, les réflexes rotatiens sont exagérées.

*L'examen des yeux.*— Fait par M. Sauvinaux, a donné les résultats suivants : les pupilles sont inégales ; la pupille droite est en myosis. Les réflexes lumineux et accommodateurs sont conservés de chaque côté. Du côté droit, la fente palpébrale est manifestement rétrécie. Fond d'œil normal.

Enfin, nous n'avons pas de troubles psychiques, pas d'amnésie notamment ni aucun trouble respiratoire, circulatoire, digestif, urinaire, génital.

L'état général est bon.

*Examen électrique.*— Réaction de dégénérescence légère du jambier antérieur gauche. Pas d'inversion de la formule de réaction, mais on a du côté gauche une contraction franche à F. N. 6 m. A. A droite avec la même excitation il n'y a pas de contraction. Réactions faradiques normales peut-être un peu exagérées.

En somme, de tout ce qui précède, notamment de l'examen électrique (quoique incomplet) de l'examen des yeux fait cependant avec beaucoup de soin, nous croyons qu'on ne peut conclure à une névrite de cause interne nous devons mettre l'atrophie musculaire aux membres supérieurs, uniquement sous la dépendance des arthropathies ; aux membres inférieurs sous la dépendances des lésions des bourses séreuses ; quant à l'injection pupillaire, au rétrécissement de la fente palpébrale du côté droit, l'interprétation ouvre évidemment le champ à bien des hypothèses. On doit pourtant se rappeler que bien des personnes présentent de l'inégalité pupillaire, en ont présenté dans leur existence, alors qu'elles n'ont aucune lésion de leur système nerveux, sans cause peut-on dire, le rétrécissement de la fente palpébrale s'est vu aussi dans les mêmes conditions, du reste.

OBSERVATION II (Thèse de Brun).

*Arthrite aiguë blennorrhagique de l'articulation  
médiotarsienne.*

Favre, journalière, 27 ans, entre le 11 janvier 1881 à l'hôpital Lariboisière, salle Sainte-Marie, lit n° 5, service de M. Proust.

Depuis 15 jours, les douleurs assez violentes pour empêcher le sommeil, se sont fixées au niveau du pied.

Etat à l'entrée; 11 janvier :

Gonflement du dos du pied commençant au devant de l'articulation tibio-tarsienne pour se poursuivre jusqu'à la racine des orteils présentant son maximum au niveau de la partie moyenne de la région.

Œdème résistant en ce dernier point, dépressible au contraire au sommet du gonflement et gardant facilement l'empreinte du doigt en dehors et surtout en dedans au-dessous de la malléole interne. Coloration rouge, livide de la peau.

Pas de douleurs au niveau des ligaments latéraux de l'articulation tibio-tarsienne. Pas de douleurs non plus sur les articulations métatarso-phalangiennes.

Douleurs très vives suivant la ligne de l'articulation médiotarsienne. Points douloureux maxima sur ce trajet à la partie interne et à la partie externe.

Les mouvements du pied sur la jambe sont libres. Il en est de même des mouvements des doigts.

On détermine au contraire une douleur très vive en saisissant à pleines mains les métatarsiens et en cherchant à leur imprimer un mouvement de torsion.

OBSERVATION III (Thèse de Dezanneau, 1896).

D... Joseph, 32 ans, garçon de salle, entre salle 7, n° 14, le 11 décembre 1895.

Février 1882, première blennorrhagie.

En 1887, seconde blennorrhagie.

Vers le 15 décembre 1895, début d'une troisième blennorrhagie.

Vers le 4 décembre, attaque de rhumatisme dans les *articulations des deux pieds*. le pied droit est pris le premier, le pied gauche peu après. Le malade n'avait jamais eu d'attaque de rhumatisme antérieurement.

Le 22 décembre, le pied gauche est guéri.

Le 24 décembre, le pied droit est guéri et le malade quitte l'hôpital.

Le 4 janvier, le malade *rentre à l'hôpital parce que ses douleurs l'ont repris*.

Le 21 janvier, guérison.

OBSERVATION IV (Personnelle.)

*Pied plat valgus douloureux blennorrhagique.*

X..., 23 ans, garçon de lavoir, entré à l'hôpital Cochin en 1896, service de M. Gilles de la Tourette.

Père mort d'une affection de l'estomac.

Convulsions à l'âge de 2 ou 3 ans. Nystagmus dû à une méningite de la base à ce moment.

Le malade a toujours eu la tête un peu penchée.

Depuis février, il a éprouvé une douleur sous le talon qui a augmenté peu à peu.

Quelque temps auparavant le malade avait eu une blennorrhagie.

Le malade a un pied plat valgus ; il marche très difficilement et a eu en travaillant de la contracture des muscles du mollet du même côté.

Les réflexes rotuliens sont très exagérés.

Sueurs des membres inférieurs la nuit.

#### OBSERVATION V (Personnelle.)

##### *Meningo-myéélite blennorrhagique.*

Brunet, 30 ans, coiffeur, entré à l'hôpital Cochin, dans le service de M. Gilles de la Tourette, en 1896.

Pas d'antécédents héréditaires ni d'antécédents personnels.

Blennorrhagie en 1885, rien à noter, avait été guéri.

Nouvelle blennorrhagie en 1888, légère. Hydarthrose douloureuse du genou droit. Le genou gauche douloureux sans gonflement, est resté douloureux pendant 10 mois environ.

Les pieds étaient pris en même temps. Gonflés, douloureux, principalement les talons et les chevilles. La chaude-pisse n'avait duré que 2 mois.

Le malade a guéri.

En 1893, nouvelle chaude-pisse avec le genou droit et les pieds pris.

Enveloppement ouate. A guéri en 2 mois 1/2.

Au milieu de janvier 1895, écoulement qui a duré 3 semaines, rien au genou, le pied gauche seul enflé. Le malade souffre surtout du talon et de l'articulation tibio-tarsienne.

Au pied droit, le talon et l'avant-pied sont douloureux.

Réflexes très exagérés.

Pas de troubles de la mixtion.

OBSERVATION V (Communiquée par M. Gilles de la Tourette):

X..., 22 ans, vu en septembre 1892.

Le malade a toujours eu les pieds plats, mais il n'en souffrait aucunement. Il était même fort vélocipédiste.

Il arrive au régiment et supporte les exercices, les marches, la station debout prolongée.

Depuis un an, il a eu la chaude-pisse, goutte militaire, ophtalmie.

Après cet accident, commence à souffrir du talon à gauche surtout. Douleurs aiguës sous la plante des pieds passant très vite et s'irradiant jusque dans les muscles des mollets. Secousses dans les mollets. Douleurs même jusque dans les cuisses.

Diminution de volume des mollets à gauche surtout.

Rien aux sphincters.

Petit à petit devient impotent. Obligé de se coucher très souvent.

Le malade entre à l'hôpital. Faiblesse dans les jambes et faiblesse générale, surtout quand le malade met le pied par terre. (A ce moment, le malade prenait de grandes quantités de café.)

Les jambes sont violacées.

Le talon est localement douloureux au toucher. Le tarse est douloureux et gonflé à la région interne.

Réflexes exagérés.

Le malade est vu en septembre 1892, par M. Gilles de la Tourette, l'affection durant à l'état aigu depuis janvier.

Le malade ne souffre pas au lit. Il reste couché d'août en octobre. N'a commencé à marcher qu'en décembre.

Le mollet gauche est moins gros que le droit.

Actuellement, au mois de février 1896, le malade est mieux, les réflexes sont encore exagérés. Il existe encore des crampes dans les pieds.

#### OBSERVATION VII

(Thèse d'Elicagaray)

Abel P..., 33 ans.

Lymphatique.

Pas de maladies antérieures. Pas de rhumatisme.

En 1863, première blennorrhagie. Manifestations rhumatismales sur toutes les articulations cédant au traitement.

Il reste seulement des ankyloses de quelques orteils.

Il y a sept ans, nouvelle blennorrhagie. Récidive.

En 1867, nouvel écoulement. Douleurs dans les pieds sous le talon, exaspérées par la marche. Les pieds sont gonflés. Ils reviennent à leur dimension par le repos.

L'année suivante, nouvelle blennorrhagie soignée à l'hôpital du Midi. Récidive au cou-de-pied et au talon.

Pendant la guerre : blennorrhagie, récidive.

Au mois de mars dernier : récidive au tendon d'Achille au talon.

Le malade sort presque guéri, ayant encore à la marche une douleur sous le talon en avant du tendon d'Achille.

#### OBSERVATION VIII

Dantonet Louis, 35 ans, entré le 20 mars, salle Saint-Augustin, hôpital Lariboisière.

..... Blennorrhagie.

Quelques jours après, douleurs sur le trajet des *péroniers*. Tumeur derrière la malléole externe avec changement de couleur des téguments.

Douleur à la pression.

Ne peut *marcher*.

Œdème de la *gaine des péroniers*.

#### OBSERVATION IX

Casse François, 29 ans, garçon de salle, entré le 20 avril, salle Saint-Augustin, hôpital Lariboisière.

.... Lymphatique. A 13 ans, fièvre typhoïde, jamais de rhumatisme.

— A 15 ans, première blennorrhagie, sans accident.

— A 21 ans, deuxième blennorrhagie.

Quelques jours après douleurs dans le talon gauche et dans une des articulations tibio-tarsiennes.

Il y a un an, troisième blennorrhagie. Douleur dans les tendons des *extenseurs du pied* et au niveau de la *gaine des péroniers*.

#### OBSERVATION X (Thèse de Maymou).

*Synovites tendineuses multiples d'origine blennorrhagique siégeant au pourtour de l'articulation tibio-tarsienne gauche.*

Augustine Levêque, 19 ans, domestique, entre le 7 mai, salle Sainte-Jeanne, hôpital Lariboisière.

..... Pas de maladies. Pas de rhumatisme.

..... Depuis trois jours, douleur et gonflement au pourtour de l'articulation tibio-tarsienne gauche. Gonflement des gaines des *péroniers latéraux*. Mais surtout sur celles

du jambier antérieur et de l'extenseur commun à la partie antérieure de l'articulation.

..... On pense à une blennorrhagie et on la trouve.

#### OBSERVATION XI (Thèse de Maymou).

##### *Synovites tendineuses blennorrhagiques.*

Grout Louis, 19 ans, garçon marchand de vin, entre le 17 avril, 1875, salle Saint-Paul, hôpital de la Pitié, service du professeur Lasègue.

..... A l'entrée à l'hôpital, douleur siégeant sur le bord antéro-interne du cou-de-pied gauche. Gonflement précédé de douleurs fugaces dans les articulations.

..... L'attention est attirée vers l'origine blennorrhagique de l'affection et on l'interroge dans ces sens.

Le malade a eu, en effet, à 15 mois d'intervalle, deux blennorrhagies en 1873, puis en 1874. N'a jamais guéri complètement. Goutte militaire.

..... La douleur n'est pas spontanée, elle existe seulement dans la marche ou à la pression. La douleur occupe un siège constant : direction du jambier et des fléchisseurs communs et propres des orteils.

#### OBSERVATION XII (Thèse de Maymou).

##### *Synovite des extenseurs des orteils.*

La nommée Marie-Renée, mécanicienne, âgée de 28 ans, entre le 25 mars 1875 à l'hôpital de la Pitié, salle Saint-Charles, service de M. le professeur Lasègue.

Constitution lymphatique. Régulée tard, à 18 ans. Règles

suspendues pendant 6 mois. Pas de maladies graves, sauf variole il y a 15 ans.

Il y a huit jours, frisson. Le lendemain douleur dans le genou droit; le lendemain douleurs dans les articulations sacro-iliaques, puis quelques heures après dans les vertèbres cervicales.

Puis douleurs fugaces dans les épaules, le coude, puis le genou droit pendant trois jours.

Enfin la douleur se fixe *définitivement* dans l'extrémité des tendons extenseurs des trois derniers orteils du pied gauche.

..... La pression est douloureuse. L'affection siège dans les tendons extenseurs empâtés. Impossibilité de marcher, d'appuyer le pied par terre. Douleurs jusqu'à la face plantaire du pied.

#### OBSERVATION XIII (Thèse de Diday).

Hôpital du Midi. Salle 4. Lit n° 22.

Service de M. le docteur Simonet.

L... (B), âgé de 28 ans, entre le 18 mars 1872. Il ne peut indiquer si ses parents étaient ou non rhumatisants. Pour lui, il avait toujours joui d'une santé parfaite quand, il y a 6 ans, il fut atteint d'une première blennorrhagie. Quinze jours après le début de l'écoulement, douleurs au niveau de la région plantaire et, quelques jours après, arthrite tibio-tarsienne intense.

Trois semaines de séjour au lit.

Raideur et douleurs dans l'articulation du cou de-pied.

Trois mois après, deuxième blennorrhagie au mois de décembre 1870. Séjour au lit deux mois. Même répétition.

Le 9 mars 1872, il s'aperçoit d'un nouvel écoulement

peu douloureux et, peu de jours après, il ressentit quelques douleurs dans les articulations des pieds.

Traitement. Guérison.

#### OBSERVATIONS XIV ET XV de Hayem et Parmentier.

##### *Première observation.*

Homme de 26 ans. Deux ou trois blennorrhagies, douleurs articulaires, douleurs du talon et de la plante des pieds, qui durent près de trois ans et qui, à plusieurs reprises, ont empêché le malade de marcher et l'ont forcé à s'aliter; au bout d'un certain temps, trépidation épileptoïde des pieds, exagération des reflexes rotuliens, amyotrophie dans les membres inférieurs. Dans ce cas, il y a eu des douleurs en ceinture un sentiment de constriction à la base de la poitrine; hyperesthésie cutanée; pas de symptômes vésicaux.

##### *Deuxième observation.*

Homme de 29 ans. Blennorrhagie. Après quinze jours, douleurs articulaires de la plante des pieds, des talons. Ici, pas de douleurs dorsales ou en ceinture; mais trépidation des pieds, exagération des réflexes, amyotrophie très prononcée.

Ces auteurs pensent qu'il s'agit dans ces cas d'une meningo-mylite blennorrhagique. « Désormais, disent ils, les accidents spinaux devront être rangés parmi les localisations exceptionnelles de l'infection blennorrhagique. »

#### OBSERVATION XVI (de Charcot.)

R. ., hongrois, photographe. Blennorrhagie en 1880, à

18 ans. Trois semaines après douleur, avec gonflement dans l'articulation métatarso-phalangienne du deuxième orteil droit. Reste 3 mois au lit à cause de la douleur articulaire. Convalescence 3 mois.

En 1883, deuxième blennorrhagie, durée 3 ou 4 mois. Quelques jours après le début, envahissement des articulations tibio-tarsiennes des deux côtés et du talon droit au niveau du tendon d'Achille Séjour, au lit: 4 mois.

En 1884, juillet, sans cause connue, sans réapparition de la blennorrhagie, les douleurs articulaires apparaissent aux mêmes points que la deuxième fois. C'est à cette époque qu'il commence à remarquer dans les membres inférieurs un certain degré de trépidation qui se produit à l'occasion de certains mouvements et *un amaigrissement sensible dans les jambes*.

Pendant 1885, il marche tant bien que mal, souffrant dans les jointures, mais surtout dans la plante des pieds des deux côtés. Parfois il est forcé de s'aliter 3 ou 4 jours de suite.

En 1886, troisième blennorrhagie. Les douleurs repaissent et le condamnent 3 mois au lit. Depuis 1880, il passe à peu près la moitié du temps dans son lit.

En mai 1887, quatrième blennorrhagie. Mêmes douleurs dans les pieds. Elles s'atténuent peu à peu pour n'apparaître qu'au toucher ou quand le malade met le pied à terre.

A cette époque les symptômes spinaux et les trépidations prennent le premier plan.

On constate l'atrophie musculaire très prononcée des membres inférieurs surtout au mollet. Les jambes et les pieds sont d'un rouge violacé, les pieds sont froids. Exagération des réflexes rotuliens et trépidation spinale.

La trépidation s'accuse au plus haut degré quand le malade met le pied à terre. Impossibilité de marcher ou même de tenir de se tenir debout.

Pas de troubles des sphincters.

Pas de troubles de la sensibilité.

Il y a 14 mois que l'affection spinale se trouve constituée.

---

## CONCLUSIONS

---

I. — Il existe une affection désignée sous le nom de pied plat valgus douloureux dont l'étiologie jusqu'à présent paraissait à peu près complètement ignorée. Nous croyons avoir établi avec notre maître, M. Gilles de La Tourette, en nous fondant sur un certain nombre d'observations, que c'est à la blennorrhagie qu'il faut attribuer la très grande majorité des cas de cette affection.

II. — La blennorrhagie est peut-être susceptible de produire en bloc, par, et les déformations et la douleur qui constituent le pied plat valgus douloureux. Toutefois les observations démontrent que l'aplatissement du pied était congénital et non douloureux, jusqu'au jour où la blennorrhagie a apporté l'élément douleur.

III. — Dans ces conditions, certaines causes devaient agir pour localiser sur le pied l'affection blennorrhagique.

Ces causes, nous croyons les avoir suffisamment exposées dans l'étiologie.

Ce sont, en effet, les gens obligés de se tenir debout, d'une façon presque constante, tels que coiffeurs, garçons de café, sergents de ville, etc., etc., qui localisent la blennorrhagie sur leur pied antérieurement plat, qui devient de plus douloureux. C'est pourquoi l'affection est toujours symétrique.

IV. — Le pied valgus rendu douloureux par la blennorrhagie est une affection tenace qui récidive avec chaque reprise de la blennorrhagie.

A un premier degré le pied est simplement douloureux, la marche entravée.

A un deuxième degré les réflexes rotuliens s'exagèrent, il survient de l'atrophie musculaire et il paraît se faire ainsi que l'a démontré M. Charcot, des lésions médullaires.

V. — Dans tous les cas, l'altération blennorrhagique porte comme toujours beaucoup plus sur les tissus fibreux et les bourses séreuses péri-articulaires que sur l'articulation elle-même.

VI. — Le traitement consiste à guérir la blennorrhagie par un des nombreux moyens appropriés.

Le *repos absolu au lit* est le seul traitement à employer contre le pied plat valgus douloureux constitué.

---

## BIBLIOGRAPHIE

---

- Amaral (d')*. — Du rhumatisme blennorrhagique. Arthropathies graves avec amyotrophie. Thèse de Paris, 1891.
- Besnier*. — Article Rhumatisme (In Dictionnaire des Sciences médicales, 1875).
- Bizard*. — Nouvelle Iconographie de la Salpêtrière. Année 1896. N° 1.
- Brandes*. — Archives générales de médecine, 1854.
- Brun*. — Du rhumatisme blennorrhagique. Thèse de Paris, 1881.
- Charcot*. — Blennorrhagie. Leçons du mardi.
- Dictionnaire Dechambre*. — Article Névrite.
- Dictionnaire Jacoud*. — Article Orthopédie.
- Dliday*. — Quelques considérations sur la nature du rhumatisme blennorrhagique. (Thèse de Paris, 1873).
- S. Duplay et Brun*. — Sur une forme particulière et encore incomplètement décrite d'arthrite blennorrhagique. (In Archives générales de médecine, 1881.)
- Fournier*. — Article Blennorrhagie. Dictionnaire Jacoud.
- Du rhumatisme blennorrhagique. Annales de dermatologie de 1869.
- Annales de dermatologie, 1892.

- Foucart.* — Quelques considérations pour servir à l'histoire de l'arthrite blennorrhagique (in-8°, Bordeaux, 1846).
- Fournier.* — Articles Blennorrhagie. (Dernier Dictionnaire de médecine et de chirurgie pratique, 1866.
- Contribution à l'étude du rhumatisme blennorrhagique (Annales de dermatologie, 1869.
- Gosselin.* — Leçon sur l'arthrite blennorrhagique. Gazette des hôpitaux 1877.
- Clinique chirurgicale de l'hôpital de la Charité, tome 1<sup>er</sup>, 1876.
- Tarsalgie des adolescents. (Valgus douloureux.) Lésions anatomiques de cette maladie. (Bulletin Académie de médecine, tome XXXI, page. 144.
- Hayem et Parmentier.* — Revue de médecine du 10 juin 1888. Contribution à l'étude des manifestations spinales de la blennorrhagie.
- Cliniques chirurgicales de la Charité, tome I, pages 154 à 172. Paris, 1873, 3<sup>e</sup> édition, 1878.
- Hunter (G.).* — Traité des maladies vénériennes, 1786.
- Jeanselme.* — Troubles trophiques dans la blennorrhagie. Annales de dermatologie, VI, 1895.
- Lagneau.* — Traité de la syphilis, 1828, Dict. en 30 vol.
- Raymond.* — Arthropaties multiples et atrophie musculaire généralisée consécutive, en rapport probable avec une infection blennorrhagique. Gazette médicale. Paris 1891.
- Ricord.* — Leçons diverses faites à l'hôpital du Midi sur les arthrites blennorrhagiques. 1833-1847. Traité des maladies vénériennes, 1858.
- Rollet.* — Nouvelles recherches sur le rhumatisme blennorrhagique, Lyon, 1856.
- Selle (C.G.).* — Medicina clinica, etc. Douleurs gonorrhéiques des articulations. (In-8°, Berlin, 1781.)

*Souplet.* — La blennorrhagie, maladie générale. Thèse de Paris, 1893.

*Swediaur (F.-X.).* — Gonocèle ou tumeur blanche gonorrhéique (In London medical Journal, 1781.)

*Talamon.* — Du rhumatisme blennorrhique. (Revue mensuelle de médecine et chirurgie, 1878.

*Velpeau.* — Dictionnaire en 30 volumes.

---

Vu : Le Doyen, . . . . . Vu : Le Président de la Thèse,

BROUARDEL. . . . . FOURNIER.

Vu et permis d'imprimer :

Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris,

GRÉARD.







